

DE

N° 44

# L'INTERVENTION OBSTÉTRICALE

DANS LA

**PRÉSENTATION DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉE**

(MODE DES FESSES)

**APRÈS L'ENGAGEMENT**

## THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

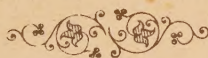
**le 11 août 1883**

PAR

**Gabriel DE PEYRE DE FABRÈGUES**

Né à Saint-Félix-de-Lodez (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



**MONTPELLIER**

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5  
1883



# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT \* ✕.... DOYEN  
 CASTAN.....)  
 COMBAL ✕ ✕.....) ASSESSEURS

## Professeurs.

### MESSIEURS :

|                                                             |                           |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <i>Opérations et appareils.</i>                             | BOUISSON, O. ✕ ✕, D. HON. |
| <i>Pathologie externe.</i>                                  | BOYER ✕.                  |
| <i>Accouchements.</i>                                       | DUMAS ✕.                  |
| <i>Clinique médicale.</i>                                   | DUPRE ✕ C ✕.              |
| <i>Anatomie.</i>                                            | BENOIT ✕ ✕.               |
| <i>Clinique chirurgicale.</i>                               | COURTY ✕.                 |
| <i>Clinique médicale.</i>                                   | COMBAL ✕ ✕.               |
| <i>Clinique des maladies mentales et nerveuses.</i>         | CAVALIER ✕.               |
| <i>Physique médicale.</i>                                   | MOITESSIER ✕.             |
| <i>Anatomie patholog. et histologie.</i>                    | ESTOR                     |
| <i>Médecine légale et toxicologie.</i>                      | JAUMES.                   |
| <i>Clinique chirurgicale.</i>                               | DUBRUEIL ✕.               |
| <i>Chimie médicale et Pharmacie.</i>                        | ENGEL.                    |
| <i>Hygiène.</i>                                             | BERTIN-SANS.              |
| <i>Pathologie médicale.</i>                                 | CASTAN.                   |
| <i>Thérapeutique et Matière médic.</i>                      | GRASSET.                  |
| <i>Botanique et Histoire Natur.méd.</i>                     | PLANCHON ✕ ✕.             |
| <i>Physiologie, chargé du cours.</i>                        | LANNEGRACE.               |
| MARTINS (O. ✕) FONSSAGRIVES (O. ✕), Professeurs honoraires. |                           |

### Chargés de Cours :

|                                              |                     |
|----------------------------------------------|---------------------|
| <i>Clinique des maladies des enfants.</i>    | MM. BATTLE, agrégé. |
| <i>Clinique des mal. syphilit. et cutan.</i> | GAYRAUD, agrégé.    |
| <i>Clinique des maladies des vieillards.</i> | HAMELIN, agrégé.    |

### Agrégés

| MESSIEURS : | MESSIEURS    |
|-------------|--------------|
| JACQUEMET.  | MAIRET.      |
| PÉCHOLIER.  | CHALOT.      |
| HAMELIN.    | BIMAR.       |
| GRYNFELTT.  | LANNEGRACE.  |
| DE GIRARD.  | MOSSE.       |
| SERRE.      | RÉGIMBEAU ✕. |
| ROUSTAN.    | TEDENAT.     |
| CARRIEU.    | DUMAS fils.  |
|             | BLAISE.      |

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

### Examineurs de la Thèse :

MM. DUMAS, président ;  
 ROUSTAN, agr., sup<sup>t</sup> M. le P<sup>r</sup> COURTY  
 PÉCHOLIER, agrégé ;  
 SERRE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

G. DE FABRÈGUES.

A MES ONCLES

A MES TANTES

A mes Parents

G. DE FABRÈGUES.

*A mon Président de Thèse*

Monsieur le Professeur DUMAS

A Monsieur le Professeur PLANCHON

A Monsieur le Docteur CHALOT

Professeur-Agrégé

A Monsieur le Docteur SERRE

Professeur-Agrégé

G. DE FABRÈGUES.

# **Meis et Amicis**

G. DE FABRÈGUES.

## INTRODUCTION

---

Ecrivant par devoir, je demande à mes Juges la plus grande des indulgences.

Qu'il leur plaise de considérer ce travail comme venant d'un esprit peu familiarisé avec le sujet qu'il aborde, et dont le seul but est l'étude en attendant que la pratique vienne combler toutes lacunes que lui a laissées un travail tout spéculatif.

Je prie tous mes Maîtres de la Faculté de Montpellier, de recevoir l'expression de ma gratitude pour la bienveillance qu'ils m'ont si souvent témoignée.

Que M. le docteur Chalot, professeur-agrégé, accepte ici tous mes remerciements pour avoir été mon guide dans cette vaste inexpérience.

Je prierai aussi M. le docteur Grynfeldt, professeur-agrégé, de recevoir l'expression de ma reconnaissance pour les sages conseils qu'il m'a donnés et pour l'usage qu'il m'a permis de faire de son travail remarquable et original paru dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, sur le sujet que j'ai entrepris d'étudier.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41553810\\_0089](https://archive.org/details/IA41553810_0089)



D E

# L'INTERVENTION OBSTÉTRICALE

DANS LA PRÉSENTATION DU SIÈGE DÉCOMPLÉTÉE

(MODE DES FESSES)

APRÈS L'ENGAGEMENT

---

## Exposition et Historique

Lorsque, ayant en main les divers traités classiques de l'art des accouchements, on veut se rendre compte de la conduite à tenir dans le cas d'une présentation du siège, les cuisses fléchies sur l'abdomen, les jambes étendues sur les cuisses et relevées au devant de la poitrine (mode des fesses), il nous a paru bien difficile de se faire une idée nette du meilleur procédé à employer, de la ligne de conduite sûre que l'on devrait suivre.

Certainement, ce genre de présentation est relativement assez rare. Et, même alors qu'il se rencontre, l'intervention active de l'accoucheur n'est pas toujours nécessaire. Le pro-

fesseur Belluzy (de Bologne) (1), sur 1720 accouchements, n'en a rencontrés que 45 par les fesses, et sur ce nombre 12 seulement réclamèrent une intervention active.

Ce nombre serait-il encore plus restreint, il suffirait, qu'il puisse à un moment donné embarrasser le praticien, pour que l'étude en devienne intéressante et utile à la fois.

Nous disions donc que la plus grande incertitude était laissée dans l'esprit par nos divers auteurs relativement à cette question. Un coup-d'œil rapide aux chapitres de nos classiques sur la présentation des fesses suffira pour nous en rendre compte.

Nous lisons dans le Traité pratique de l'art des accouchements de Nœgelé et Grenser, au paragraphe 498: *De l'extraction du fœtus dans la présentation des fesses*, les lignes suivantes:

« Quand le bassin est peu spacieux, relativement au volume du fœtus, l'extraction du siège enclavé dans l'excavation offre en général de grandes difficultés, est dangereuse pour la mère et pour l'enfant, et constitue une des opérations obstétricales les plus laborieuses. » On s'attendrait à justetitre, après cet exorde, à trouver un manuel opératoire complet et parfaitement tracé, il n'en est rien. Cet auteur continue: « On se sert, pour attirer le siège, du doigt recourbé en crochet et appliqué dans le pli inguinal; lorsqu'on ne peut pas introduire le doigt assez haut, il faut se résoudre à introduire le crochet mousse en ayant soin de le soulever de temps en temps après chaque traction, pour permettre à la circulation de se rétablir dans la cuisse. Nous croyons *que le forceps ne convient pas en pareil cas.* »

Craignant sans doute de se montrer trop catégorique à

(1) *Memorie dell' Acad. della scienze di Bologna, 3 febbraio 1881.*

l'égard de ce dernier instrument, l'auteur donne comme correctif l'histoire de Levret, qui, par suite d'une erreur de diagnostic, appliqua, avec succès, le forceps sur le siège engagé dans le bassin, et recommanda depuis l'emploi de cet instrument pour les cas où l'extrémité pelvienne menace de déchirer le périnée.

Il ajoute qu'après Levret, Wrisberg se fondant sur un seul cas heureux de sa pratique, vanta l'application du forceps dans les cas où les fesses sont enclavées et où les contractions font défaut; c'est ensuite Stein l'ancien qui croit cet instrument moins dangereux que le crochet mousse. Quelques accoucheurs plus inodernes recommandent le forceps, mais il y a des raisons trop importantes contre son emploi. En effet, si on l'applique assez haut pour qu'il ait une prise solide sur le tronc, il faut nécessairement que le ventre et les viscères qui y sont contenus soient contusionnés par les extrémités des cuillers; si on ne l'applique pas assez haut, il glissera; et si pour l'empêcher de glisser on serre fortement les manches, il lèsera les os du bassin qui sont moins résistants que ceux de la tête. Pour ces motifs, beaucoup d'accoucheurs expérimentés, tels que Baudelocque, Flamant, Sweighœuser, Weidman, M<sup>me</sup> Lachapelle rejettent l'emploi du forceps dans les présentations des fesses.

Enfin, l'annotateur de l'ouvrage complète la confusion en disant que, contrairement à l'affirmation des quelques ouvrages récents, Stoltz n'est pas partisan de l'application du forceps dans la présentation pelvienne; mais lui aussi se croit obligé de continuer en disant qu'entre les mains de Haake, cet instrument a réussi cinq fois en pareil cas, sans inconvénients ni pour la mère, ni pour l'enfant. Il revient ensuite aux lacs des *anciens* «difficiles à appliquer et sans avantages sérieux, mais qui ont aussi quelquefois réussi sans trop de difficultés.»

Au total que trouvons-nous ? Aucun conseil précis. « Essayez de tous les procédés ! vous verrez les résultats, » telle nous paraît être la conclusion.

Si, après ce résumé du chapitre de l'ouvrage de Nœgelé sur la question qui nous intéresse, nous cherchons, nous-mêmes, dans les différents auteurs qui ont écrit sur les accouchements les divers avis qu'ils ont émis sur la conduite à tenir dans les cas de présentation des fesses, celles-ci engagées et arrêtées dans l'excavation, nous trouvons que la plupart des accoucheurs commencent par le conseil d'user d'abord des mains seules.

Les mains peuvent remplir deux indications. Mauriceau (1) nous donne ces moyens. Il s'exprime ainsi : « J'ai dit que le » chirurgien s'étant aperçu que l'enfant vient le cul devant, le » doit repousser, si faire se peut, car il s'avance quelquefois » tellement dans le passage, qu'il crèverait plutôt la mère et » l'enfant que de le repousser en dedans, quand il y est une » fois fortement engagé ; ce qu'arrivant ainsi, il ne pourra pas » l'empêcher de venir en cette situation, en laquelle il a le » ventre si comprimé, qu'il en rend toujours pour ce sujet le » *meconium* par le fondement. Il lui aidera néanmoins beau- » coup à sortir de la manière, en glissant un ou deux doigts de » chaque main à côté des fesses, pour les introduire vers les » aines aussitôt qu'il pourra faire sans violence, et les ayant » courbés en dedans, il en attirera le cul au dehors jusques » aux cuisses ; après quoi les tirant un peu obliquement de » côté et d'autre, il les dégagera du passage, comme aussi les » jambes et les pieds l'un après l'autre, se gardant bien d'y » faire aucune fracture ni dislocation ; ensuite il achèvera

(1) Mauriceau, Traité des maladies des femmes grosses, etc. Paris, 1681.

» l'extraction du reste du corps comme s'il était venu par les » pieds. »

Tel est le premier manuel opératoire, celui qui se présente le premier à l'esprit, la main étant le premier de tous les instruments : avec elle empêcher l'engagement, ou l'engagement effectué, se servir de la main comme griffe pour l'extraction du fœtus.

Jusqu'à Peu, en 1694, les accoucheurs se servirent toujours des doigts comme moyen de traction, et partant, des doigts artificiels, se maniant à peu près comme ceux de la main elle-même, nous voulons parler du crochet.

Peu trouva un nouveau procédé de traction, ce furent les lacs portés par diverses méthodes sur le pli de l'aîne.

Nous avons dit comment Levret, vers 1766, au moins au dire de certains auteurs, employa par mégarde le forceps dans une présentation des fesses. Dans tout cas, cet auteur sut bien comprendre tous les services que en pareil cas, cet instrument peut rendre, puisqu'il dit que le forceps peut servir très utilement pour tirer hors de la vulve le derrière de l'enfant, lorsque s'étant présenté le premier, il est logé dans la partie basse du bassin et qu'il menace le périnée de déchirement.

Son affirmation est encore plus explicite quand il ajoute : « le forceps est sans contredit préférable à tous égards aux » crochets les mieux faits et les mieux maniés. »

Telle ne fut pas l'opinion de Baudelocque (1); et comme les idées du grand accoucheur firent foi à son époque, la confiance hésitant encore des praticiens à l'égard du forceps, dans le cas qui nous occupe, en ressentit un rude coup. Cet auteur après avoir dit que l'on avait détourné le forceps de

(1) Baudelocque. L'art des accouchements, t. I, p. 447, et t. II, p. 36.

son véritable usage, le désenclavement de la tête dans le bassin, pour s'en servir à l'extraction des fesses de l'enfant, fortement engagées dans l'excavation, combat directement cette pratique, parce que le forceps produit des désordres affreux dans l'intérieur de la poitrine et du bas-ventre de l'enfant. L'extrémité de la pince, en agissant sur les côtés, réduit transversalement la largeur de ces cavités à un pouce et demi ou deux pouces; si l'on serre assez étroitement les deux branches de l'instrument, pour rencontrer le point d'appui nécessaire à l'extraction de l'enfant, comme il s'en est assuré sur plusieurs petits cadavres, on fracture souvent quelques uns-des côtés; on comprime fortement les viscères et l'on contond le foie, très volumineux à cette époque de la vie, si l'extrémité des cuillers est fixée sur cette région. La mort de l'enfant, si l'on pouvait en avoir des certitudes, quand le siège est fortement engagé au passage, en rassurant contre le danger d'une pareille pression, ne devrait même pas nous déterminer alors en faveur du forceps, parce qu'il existe des moyens dont l'emploi est plus simple et beaucoup plus sûr. Le forceps nous les offre lui-même dans l'extrémité de ses branches, le crochet mousse qui les termine étant on ne peut plus commode en pareil cas. Le forceps ne doit être employé que dans le but d'extraire la tête.

Ainsi s'exprime Baudelocque; indiquant ensuite que l'on aura d'abord recours au doigt, puis aux lacs ou au crochet *ad libitum*. Pour lui, sauf la condamnation du forceps, il laisse parfaitement au praticien le droit de choisir parmi les autres *modi agendi*; et il en donne le pour et le contre.

Les idées de Baudelocque sur l'usage du forceps dans la présentation des fesses firent loi, et M<sup>me</sup> Lachapelle (1) recom-

(1) M<sup>me</sup> Lachapelle, Pratique des accouchements, Paris 1821.—  
25, t. II, p. 63.

mande de ne jamais suivre le conseil de Levret par rapport aux fesses, c'est toujours sur la tête que le forceps doit s'appliquer.

Tous les accoucheurs du commencement de ce siècle, Gardien (1), Velpeau (2), Désormeaux (3), Moreau (4), Cazeaux (5), rejettent énergiquement l'application du forceps sur le siège comme dangereux pour l'enfant; ils lui préfèrent les uns les lacs, les autres le crochet mousse et ne semblent nullement se préoccuper des dangers que tous font courir à l'enfant et à la mère elle-même.

À l'étranger, ces préceptes n'étaient pas aussi absolus à l'égard de l'instrument qui nous occupe, et Bertrandi (6) à la fin du 18<sup>m</sup>e siècle défendit le forceps. Ces principes de l'école italienne semblent s'être transmis jusqu'à nos jours et nous trouvons de grands partisans du forceps dans la présentation des fesses décomplétée, dans toute l'école de Bologne:

Corradi qui considère le forceps comme le moyen le plus sûr et le plus expéditif pour extraire le siège;

Ballochi, pour qui ses expériences paraissent absolument concluantes, puisque le forceps n'écrase pas les os du bassin; et qu'on peut serrer un bassin entre les cuillers d'un forceps sans déterminer aucune lésion. Rarement, tout au plus, l'épiphyse marginale de la crête iliaque est-elle disloquée.

(1) Gardien, *Traité complet des accouchements, etc.*, Paris 1816, t. II, p. 361.

(2) Velpeau, *Traité élémentaire de l'art des accouchements*, t. II, p. 764.

(3) Désormeaux, *Dictionnaire en 30 vol.*, art. *Forceps*.

(4) Moreau, *Traité des accouchements*, t. II, p. 257.

(5) Cazeaux, *Traité théorique et pratique de l'art des accouch.*, 2<sup>m</sup>e édition, p. 731.

(6) Bertrandi, *Opere anat. a cerus*, vol. VIII, *Torino* 1790, p. 152.

Aujourd'hui, on est sans doute moins catégoriquement partisan de l'un ou de l'autre des procédés; les auteurs paraissent plus éclectiques, mais pour cela ne sont pas plus précis dans leurs indications.

L'indécision règne si profondément au sujet de la conduite à tenir dans le cas présent, que dès qu'une observation d'un accouchement de ce genre se présente, elle est immédiatement publiée.

M. le professeur Tarnier (1) dans son article *Forceps* du dictionnaire de Jaccoud, ne nous paraît pas plus explicite. Enumérant les circonstances nécessaires pour l'application du forceps, il dit en première ligne que l'instrument ne doit en général être appliqué que sur la tête du fœtus et que ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut l'appliquer sur le siège.

Développant un peu plus loin cette idée, il dit: «le forceps ne doit être appliqué *que sur la tête*, qu'elle se présente par le sommet ou par la face. Les cuillers sont en effet courbées sur le plat pour s'adapter à la convexité de la tête; de *toutes les parties du fœtus, le crâne seul offre une résistance assez grande* pour qu'on puisse impunément le saisir entre les deux cuillers. Quelques accoucheurs ont cependant donné le conseil d'appliquer le forceps sur l'extrémité pelvienne, mais cette pratique est généralement blâmée. Les raisons qu'on en donne semblent excellentes au premier abord; les cuillers s'appliquent mal sur le siège et l'instrument glisse au moindre effort. D'un autre côté, les os du pelvis ont peu de solidité pour supporter sans inconvénients la pression nécessaire pour donner à l'instrument une prise solide; les cuillers en déprimant les parois abdominales, exposent à la contusion et à la déchirure des viscères abdominaux. Ces reproches ne sont

(1) Dictionnaire Jaccoud, t. xv, p. 365-395.

pas sans fondement, mais *que faire* dans une présentation de l'extrémité pelvienne, quant il est urgent de terminer l'accouchement, et que la main est insuffisante.»

Sans doute, M. le professeur Tarnier, dans des développements, qui trouveront leur place plus loin, semble pencher fortement vers l'application du forceps, quand il dit: « Pour nous, nous pensons qu'une application faite avec prudence peut rendre de grands services dans les cas de présentation des fesses. » Mais on chercherait vainement chez lui cette affirmation, qui dans sa bouche donnerait la foi au praticien hésitant dans une circonstance si difficile.

Pour conclure ce long exposé, nous dirons que nous nous sommes posés la même question que l'éminent professeur. Nous avons tâché d'étudier brièvement dans quelles circonstances l'intervention active de l'accoucheur en présence d'une présentation des fesses devenait nécessaire, la valeur des divers procédés de cette intervention, doigt, lacs, crochet, forceps; nous avons fini en tâchant de conclure lequel de tous nous inspirait le plus de confiance par sa puissance d'action, comme aussi par la sécurité qu'il donne et pour la mère et pour l'enfant.

L'exposé qui précède, résumant ce que les classiques ont écrit sur la question, nous tient lieu de l'historique, qui certainement, pour ne pas faire un corps unique dans notre travail, n'en est, croyons-nous, pas moins résumé, au moins dans ce qu'il y a de plus saillant.

---

**Mécanisme de l'accouchement par les fesses. — Ses causes. —  
Ses obstacles.**

En entreprenant ce travail, nous n'avons pas eu l'intention d'étudier la conduite à tenir par l'accoucheur dans le cas de présentation des fesses décomplétée à tous les temps de l'accouchement. Non ! c'est seulement savoir ce qu'il y a à faire en pareil cas, quand on est appelé, le siège étant déjà dans l'excavation.

Si notre intention avait été différente, il nous eût été indispensable de voir d'une façon absolue les points du diagnostic d'une pareille présentation dans la période prémonitoire de l'accouchement, les moyens de remédier à cette présentation vicieuse, de la transformer, si c'était possible ; d'examiner l'opportunité d'une intervention en pareil cas ; le mode de cette intervention ; savoir si ce serait une version par manœuvres externes ou internes, ou si nous devions laisser à la nature le soin de terminer le travail.

Il nous aurait fallu étudier l'opinion des auteurs à ce sujet ; constater qu'ils sont loin de s'entendre ; voir que les uns, comme Hubert de Louvain (1), considérant la présentation du siège comme normale, enseignaient qu'on ne doit point essayer d'y substituer une présentation du sommet ;

Lire que d'autres comme Mattei (2), étaient non seulement partisans de la version par manœuvres externes, mais mon-

(1) Hubert de Louvain. — *Annales de Gynécologie*, août 1843.

(2) Mattei. — *Essai sur l'accouchement physiologique*, Paris 1856.

traient que cette opération peut et doit transformer les présentations du siège en présentation du sommet.

Nous aurions dû encore analyser les conditions nécessaires pour la version, apprécier l'opinion des auteurs sur le moment le plus favorable au succès de cette opération, etc.

Tel n'a pas été notre but, et nous avons considéré cette étude comme trop étendue pour notre inexpérience. Nous avons taché de la réduire à un seul point : Conduite à tenir dans la présentation du siège décomplétée, quand l'engagement a eu lieu et que le siège se trouve arrêté dans l'excavation ou à la vulve.

Nous ne parlerons donc pas de ce qu'il y a à faire, lorsque l'enfant se présentant par les fesses est encore au détroit supérieur, alors que les membranes sont complètement intactes ; nous ne discuterons pas la valeur du conseil classique qui veut, si l'engagement n'a pas lieu, si la mère souffre trop, si l'enfant menace de périr, que l'on tâche d'abaisser un pied, ce qui n'est pas toujours facile en pareille occurrence, surtout s'il ne reste pas beaucoup de liquide amniotique dans la cavité utérine. Dans ce cas, en effet, l'utérus exactement appliqué sur l'enfant pourra bien permettre à la main de saisir le pied, mais celle-ci restera impuissante pour le défléchir, à moins de braver et la fracture du fémur de l'enfant, et la déchirure de l'utérus de la mère.

Le procédé de Ahlfed, Mangiagalli et Spiegelberg, procédé prophylactique consistant à abaisser un pied dès que la dilatation est complète, et à laisser ensuite la nature le soin de terminer l'accouchement, si le travail marche bien ; tandis que l'on pratique l'extraction si l'enfant ou la mère souffrent par trop, ne rentre pas dans notre cadre. Nous en dirons autant de l'appréciation du trouble que ces manœuvres peuvent apporter aux contractions utérines, et des inconvénients qui peuvent résulter du déplacement du cor-

don, déterminant sa procidence ou sa compression très fréquentes dans ces cas.

Nous tâcherons seulement dans ce chapitre d'analyser les causes de la présentation par les fesses, la marche normale de l'accouchement dans ce cas et les obstacles qui peuvent empêcher la nature de le mener à bonne fin.

L'attitude normale du fœtus se présentant par les fesses est la même que lorsqu'il se présente par la tête, c'est-à-dire que ses pieds sont le plus ordinairement dans le voisinage des fesses, pelotonnés sur celles-ci. On peut souvent le constater par le toucher au début du travail; et dans les cas normaux, cette disposition persistante, les pieds s'engagent dans le bassin avec le siège et apparaissent en même temps que lui à la vulve.

Les causes de ces présentations ne sont pas, au dire de Nœgelé (1), suffisamment connues. Ce qu'il y a de certain d'après cet auteur, c'est qu'on observe ces présentations beaucoup plus fréquemment dans les avortements et dans les accouchements prématurés, et qu'elles se produisent assez souvent pendant le travail, alors que la tête se présentait jusqu'à ce moment. De plus, leur fréquence relative est plus grande quand la matrice contient beaucoup d'eau ou des jumeaux, et surtout quand l'enfant est mort; de sorte qu'elles paraissent se produire plus facilement dans les cas où la forme ovoïde de l'utérus est moins marquée, où le fœtus est plus mou et plus mobile, et où il n'exécute plus de mouvements réflexes.

Ces causes ont été plus particulièrement observées par Pinard (2), qui admet deux ordres :

1° Les unes ne sont que les facteurs ordinaires de l'accommodation normale; mais tantôt le contenu du corps

(1) Nœgelé, *loc. cit.*, p. 192.

(2) Pinard, *Traité du palper abdominal*, p. 41.

à accommoder, c'est-à-dire le fœtus, offre un développement inégal et inverse dans ses deux extrémités (hydrocéphalie, grossesse gémellaire), tantôt le contenant, la cavité utérine, offre cette inégalité de développement dans ses deux segments supérieur et inférieur, celui-ci étant plus développé que le premier; ou bien, enfin, le fœtus a été surpris et fixé la tête en haut pendant sa période de libre évolution, dans la première moitié de la grossesse et l'étroitesse propre de la cavité utérine dont la paroi est soutenue et doublée par une peau abdominale solide et tendue, ne lui permet plus de mutations. Ces causes produisent la variété de présentation du siège franche, rare et se rencontrant surtout chez les primipares.

» 2° Les autres causes empêchent ou rendent inutile toute accommodation pendant la grossesse: petitesse du fœtus, défaut de parallélisme entre le volume du fœtus et celui de la cavité utérine (hydropisie de l'amnios), macération du fœtus, etc. Dès le début du travail, l'élément forme reparaissant dans la cavité utérine par suite de la contraction énergique du muscle utérin, produit une accommodation tardive qui force l'extrémité de l'ovoïde fœtal en rapport avec le détroit supérieur à rester dans cette situation. Telles sont les causes de la présentation du siège accidentelle ou fortuite, fréquente, mais se rencontrant surtout chez les primipares.»

Tarnier et Chautreuil (1) dans leur ouvrage, malheureusement non terminé à cette heure, au sujet de l'étiologie de la présentation des fesses, s'expriment dans ces termes:

« Pendant la gestation, le fœtus s'accommode à la forme de la cavité utérine, de telle sorte que son grand axe coïncide avec le grand axe de l'ovoïde utérin; mais il se place alternativement la tête en bas ou en haut. A mesure que la gros-

(1) Tarnier et Chautreuil, Traité de l'art des accouchements, p. 455.

sesse fait des progrès, les mutations deviennent de plus en plus difficiles, par suite de l'augmentation de volume du fœtus, et nécessitent des mouvements actifs de plus en plus vigoureux. On comprend donc qu'à un certain moment le fœtus soit en quelque sorte surpris et fixé en présentation du siège, car s'il cherche à se placer de nouveau la tête en bas, son évolution pourra être empêchée par la résistance des parois utérines.

» Les autres causes sont celles qui s'opposent à une accommodation régulière, telles sont: une conformation spéciale de l'utérus, à l'aide de laquelle on se rend compte de cette particularité propre à certaines femmes, à savoir: que dans plusieurs accouchements successifs, et même dans tous leurs accouchements, l'enfant se présente par l'extrémité pelvienne; la multiparité, car, d'après une statistique de Pinard, sur 3301 présentations du siège, 1347 se rencontrèrent chez des primipares et 1957 chez des multipares, bien que le nombre de ces dernières fût à peu près égal à celui des premières, l'accouchement prématuré: la petitesse du fœtus, ou sa mort avant le terme de la grossesse; les fibromes utérins, les rétrécissements du bassin, l'insertion vicieuse du placenta sur le col, l'hydropisie de l'amnios, l'hydrocéphalie, la grossesse gémellaire qui force chacun des enfants à s'accommoder non seulement à la forme de l'utérus, mais à celle du jumeau voisin.»

Il serait trop long et il n'appartient pas à notre sujet de discuter plus longtemps les causes des présentations du siège, et nous passerons de suite à l'étude du mécanisme de l'accouchement dans ce cas.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la classification à donner aux différentes façons dont se présente le fœtus par l'extrémité pelvienne.

Nœgelé (1) en reconnaît deux :

1° Le dos tourné en avant, vers la partie antérieure de la matrice (première position pelvienne) ;

2° Le dos en arrière (seconde position pelvienne).

Cet auteur complète sa classification en reconnaissant que dans ces deux positions le dos fœtal est en même temps un peu tourné vers le côté, au commencement du travail, de sorte que le diamètre bi-iliaque se confond plus ou moins avec l'un des diamètres obliques du détroit supérieur.

Nœgelé ajoute que puisqu'il ne résulte aucune modification importante dans le mécanisme de l'accouchement, il suffit d'admettre deux sortes de positions de la présentation pelvienne.

Nous ne nous en tiendrons pas à l'opinion de Nœgelé, et nous constaterons plus loin qu'une classification plus étendue est nécessaire.

Nous imiterons en cela Déventer, qui admet quatre positions, selon que le dos est tourné en avant, en arrière, ou vers l'un des côtés; Baudelocque, qui donne la classification suivante : première position, dos à gauche et en avant; deuxième, dos à droite et en avant; troisième, dos directement en avant; quatrième, dos en arrière; les auteurs allemands qui admettent avec raison quatre positions obliques, comme pour les présentations crâniennes et faciales.

Nous nous rangerons complètement au tableau des positions pelviennes de Stoltz (1) :

Première position . . . . . sacro-antérieure gauche.

Deuxième position . . . . . sacro-postérieure droite.

Troisième position . . . . . sacro-postérieure gauche.

Quatrième position . . . . . sacro-antérieure droite.

Quand nous traiterons plus loin de l'emploi du forceps

(1) Nœgelé, *loc cit.*, page 195.

dans la présentation pelvienne, nous constaterons l'utilité de cette classification.

Nous reconnâtrons avec Tarnier et Chantreuil (1), que le mécanisme de l'accouchement dans la présentation du siège a la plus grande analogie avec celui de l'extrémité céphalique. Qu'il s'agisse d'une présentation complète ou décomplétée, le mécanisme reste le même.

Ces auteurs reconnaissent six temps qui se succèdent dans l'ordre suivant :

- 1° Pelotonnement du siège ;
- 2° Engagement ;
- 3° Rotation du siège ;
- 4° Dégagement du siège et du tronc ;
- 5° Rotation de la tête ;
- 6° Dégagement de la tête.

Nous n'insisterons que sur les temps qui regardent le plus intimement notre sujet, c'est-à-dire sur les quatre premiers :

- Pelotonnement du siège ;
- Engagement ;
- Rotation du siège ;
- Et dégagement du siège et du tronc.

1° Le premier effet des contractions utérines est d'appliquer le fœtus sur le détroit supérieur ; en même temps les membres pelviens viennent se pelotoner contre le siège, de manière à former avec lui une partie assez petite pour s'engager dans l'excavation.

Conformément à cette loi d'adaptation, qui fait réduire la tête à son plus petit volume, et fait mettre en rapport son plus grand diamètre avec le plus grand du bassin, son plus petit avec le plus petit, le pelvis subit une pression qui diminue

(1) Tarnier et Chantreuil, *loc. cit.*, p. 663 et suiv.

véritablement son volume en même temps que le siège s'accommode mieux à l'ouverture du détroit supérieur.

2° Ce premier temps accompli, dès que la dilatation est complète, le siège descend dans l'excavation en glissant contre ses parois. Ce mouvement de descente se fait lentement et cette lenteur est d'autant plus grande que la filière, où est obligé de passer le fœtus, est plus étroite et plus irrégulière.

On comprend parfaitement, que toute cause de distocie dans le bassin maternel venant mettre un point d'arrêt dans ce mouvement de descente, facilitera énormément le dépelotonnement des membres inférieurs du fœtus, dont le siège continuera à avancer, laissant derrière lui les jambes et les cuisses, qu'un obstacle quelconque aura arrêtées. C'est à notre avis dans ce temps de l'accouchement qui n'est plus la présentation au détroit supérieur, sans être encore l'engagement complet, c'est-à-dire, c'est au moment où commence la descente, que ce fait la déflexion des membres inférieurs sur le plan antérieur du fœtus.

A la suite de ce mouvement, le siège primitivement élevé finit par atteindre le fond de l'excavation et par appuyer sur le plancher périnéal. On remarquera que presque toujours la hanche antérieure, celle qui est le plus en avant, descend plus bas que la hanche postérieure.

3° Quand les fesses de l'enfant sont arrivées sur le périnée, au fond de l'excavation, celui-ci se distend, et elles exécutent un mouvement de rotation analogue à celui du troisième temps de l'accouchement par le sommet. Elles tournent autour d'un axe traversant l'excavation perpendiculairement au plancher périnéal. La hanche la plus rapprochée de la symphyse pubienne se porte d'arrière en avant vers le pubis, tandis que la hanche postérieure se porte vers la concavité du sacrum.

Le diamètre bi-trochantérien, le plus grand du siège,

primitivement parallèle à l'un des diamètres obliques de l'excavation, vient se placer dans la direction du plus grand diamètre du détroit inférieur, le diamètre coccy-pubien. Le mouvement de rotation n'achève de s'accomplir que lorsque le périnée est distendu complètement.

4° Arrive enfin le dégagement. Situé dans cette sorte de canal courbe formée par le coccyx, le pubis et la gouttière que simule le périnée distendu, le fœtus est obligé de s'infléchir latéralement, inflexion qui augmente à mesure que le siège se rapproche de la vulve. La fesse qui est le plus en arrière poussée par la colonne vertébrale du fœtus, qui, elle, obéit aux impulsions de la matrice, parcourt un plus long espace que la fesse antérieure; elle est obligée de se recourber en avant en déprimant le périnée: c'est elle qui arrive la première à la vulve. La hanche antérieure se montre certainement la première; mais par un mouvement analogue à celui de la tête, dont on voit dégager en premier lieu le vertex, alors que l'occiput s'arcboute sur la symphyse, la hanche postérieure se dégage et le retrait du périnée, qui glisse sur elle en se reportant en arrière, la laisse à nu sur une plus grande étendue que celle qui est en avant.

On comprend facilement que le tronc tout entier doit participer à ce mouvement d'incurvation qui permet aux fesses de se dégager. La tête, elle, très mobile sur son articulation avec le tronc, n'a pas besoin que celui-ci se fléchisse, l'élasticité seule du cou lui permet tous les mouvements de flexion, d'extension et de désextension qui lui sont nécessaires. Il n'est donc pas étonnant, comme le fait judicieusement remarquer M. le professeur Tarnier (1), que, dans une présentation du siège décomplétée (mode des fesses), l'accouchement naturel

(1) Voir Tarnier et Chantreuil, *loc. cit.*

ne puisse s'effectuer et qu'une intervention devienne nécessaire le plus souvent.

La raison que donne M. Tarnier et qui nous paraît très judicieuse est la suivante.

Dans ce mode particulier, les membres inférieurs, étendus et relevés sur le plan antérieur du fœtus, jouent vis-à-vis du tronc le rôle d'attelles; ces membres inférieurs ne peuvent en effet s'infléchir que sur leur face postérieure; l'articulation du genou est disposée de telle sorte que la flexion latérale est absolument impossible. Aussi en admettant que la partie inférieure du tronc soit assez souple pour s'incurver et s'accommoder à la dernière portion du canal utéro-vulvaire, les attelles, dont nous venons de parler, viennent s'opposer au mouvement d'adaptation.

Parmi les autres causes portant obstacle à l'accomplissement naturel de l'accouchement par les fesses, nous devrions énumérer toutes les causes de dystocie communes à tous les genres d'accouchements.

*Causes venant de la mère.* — Mal conformation du bassin; couche trop abondante sur ce bassin de parties molles provenant d'un embonpoint démesuré; paresse et inertie des contractions utérines,

*Causes venant du fœtus.* — Disproportion entre son développement et les diamètres du bassin maternel; absence de mouvements réflexes, si puissants pour mettre toutes les parties dans une accommodation parfaite.

L'étude des causes générales de dystocie ne rentrant pas intimement dans notre sujet, nous dispenserons d'en pousser plus loin et la nomenclature et l'appréciation.

Qu'il nous soit permis d'étudier en quelques mots les points

du diagnostic permettant de s'éclairer sur le cas qui nous intéresse.

Cette étude nous permettra d'agir avec plus de sûreté quand nous aurons à donner une intervention active: elle servira en même temps à nous guider pour le manuel opératoire de cette intervention que nous étudierons dans un autre chapitre de ce travail.

---

### Diagnostic de la présentation et de la position.

Nous sommes appelés auprès d'une femme en travail, à quoi reconnâitrons-nous une présentation des fesses ? sur quoi baserons-nous le diagnostic de la position qu'occupe le fœtus ?

Pour établir notre diagnostic, nous avons deux points de vue à considérer.

D'abord, le diagnostic de la présentation elle-même, et ensuite celui de la position.

Pour s'éclairer, le praticien a à sa disposition diverses sortes d'investigations :

- A. Le palper abdominal ;
- B. Le toucher vaginal ;
- C. L'auscultation.

Telles sont les principales.

On arrive pendant la grossesse à diagnostiquer une présentation pelvienne grâce aux points principaux relevés par Pinard (1). Les mains rencontrent l'excavation vide et trouvent tout au plus de petites parties au niveau du détroit supérieur. On touche le siège plus haut et presque toujours en rapport avec l'une des fosses iliaques ; il paraît très volumineux et les petites parties sont tantôt très accessibles et tantôt tout à fait peu. On trouve la tête généralement dans la fosse iliaque opposée à celle où sont les fesses.

Un point important vient éclairer le diagnostic différentiel entre la tête et le siège ; tandis qu'en déprimant avec la pulpe des doigts, la paroi abdominale en rapport avec le

(1) Pinard, *loc. cit.* 137.

tronc du fœtus, on perçoit un plan continu, une surface unie entre le siège et le tronc, on sent une dépression, un vide assez marqué entre le tronc et la tête, les doigts s'enfonçant au niveau de la région cervicale.

Plus tard, vers la fin de la grossesse, la portion inférieure du fœtus descend moins dans le bassin que la tête, quand elle se présente, et il est souvent impossible, par le toucher, d'arriver sur une partie du fœtus au début du travail. Nœgelé explique ce fait par la direction de l'axe longitudinal du fœtus qui, au lieu de se confondre avec celui de la matrice, forme souvent avec lui un angle plus ou moins prononcé.

Quand l'engagement a eu lieu, que la poche des eaux s'est formée, on remarquera qu'elle est en général volumineuse; en déprimant les membranes, on peut reconnaître le siège qui s'est abaissé.

Un point du diagnostic se trouve encore dans l'expulsion du méconium (1). Ce point est propre à la présentation pelvienne car l'abdomen du fœtus étant comprimé par les contractions utérines, le méconium s'accumule dans le gros intestin et franchit l'anus pour tomber immédiatement dans le bassin de la mère.

Le méconium ne s'écoule guère dans les autres présentations que quand le fœtus a souffert ou est mort; dans ce cas, il est alors mélangé au liquide amniotique dans lequel il est comme délayé.

Après cette étude permettant de diagnostiquer une présentation du siège, nous devons encore savoir si elle est complète ou décomplétée, et dans ce dernier mode, étudier spécialement le diagnostic de la forme qui nous occupe, le mode des fesses.

Le doigt explorateur rencontre une tumeur volumineuse,

(1) Voir Tarnier et Chantreuil.

charnue et mollassse dans sa plus grande étendue : telle est la sensation que donnent les fesses. Mais si le doigt arrive directement sur l'ischion ou sur le derrière du sacrum, la forme arrondie et la dureté de ses parties pourraient donner le change et faire croire à une présentation du sommet. Un examen plus attentif fait vite reconnaître l'absence de toute suture sagittale, le doigt rencontre le sillon interfessier, et l'anus fermé sur le fœtus vivant, si on appuie avec quelque force, il s'entr'ouvre; le doigt peut revenir couvert de méconium.

On reconnaît sous forme d'une saillie osseuse mobile le coccyx et au-dessus de lui la face postérieure du sacrum avec la crête formée par le rudiment des apophyses épineuses.

A l'autre extrémité du sillon interfessier ce sont les organes génitaux, qu'il est quelquefois possible de déterminer surtout sur les garçons, leur absence permet de caractériser une fille.

L'absence ou la présence des pieds se déterminera facilement; on aura soin de ne pas confondre le pied avec la main en se rappelant la différence de longueur des orteils et des doigts : la disposition sur un même plan des premiers, tandis que le pouce s'éloigne plus ou moins des doigts.

Enfin, grâce à la direction du sillon interfessier, jouant ici le rôle de la suture sagittale dans la présentation du sommet, nous arriverons à diagnostiquer la position de l'enfant; le coccyx et l'anus seront deux autres excellents points de repère.

### Procédés d'extraction.

Après tout ce que précède, après l'étude des moyens de diagnostiquer un accouchement par les fesses, et des causes mettant obstacle à l'accomplissement naturel de l'acte parturitif dans le cas qui nous occupe, il nous reste à étudier les moyens de venir en aide à la nature impuissante. Nous nous pénétrerons profondément de cette idée humanitaire qui nous impose le devoir de ne pas plus sacrifier l'enfant que la mère, la mère que l'enfant.

Commençons par énumérer les divers moyens que l'esprit inventif des hommes de l'art aux prises avec la difficulté a, à diverses époques, inventés, prônés, délaissés, pour les reprendre et les perfectionner plus tard.

Nous croirons n'avoir oublié aucun de ces procédés, quand nous aurons nommé la main avec ses doigts recourbés en crochets, les crochets métalliques, les lacs portés sur le fœtus et permettant de tirer librement sur lui, enfin, le forceps avec ses diverses modifications.

#### A. — Doigts.

Les moyens naturels de l'homme; c'est-à-dire ceux que sa conformation normale lui accordent, devaient nécessairement être les premiers à fixer son attention. L'idée de recourber un doigt en crochet pour tenter l'extraction du fœtus, qui ne peut sortir, remonte donc à la plus haute antiquité.

Sans doute, pour plusieurs raisons, ce procédé paraît excellent.

Le doigt est non seulement un instrument de traction, mais, par sa sensibilité toute spéciale, il peut se placer de la façon la plus convenable possible, c'est un instrument intelligent, qui voit ce qu'il fait, si nous pouvons nous exprimer ainsi.

Le manuel opératoire paraît bien simple et tous les auteurs le décrivent en peu de lignes. « On se sert pour attirer le siège, dit Nægelé, du doigt recourbé en crochet et appliqué dans le pli inguinal. »

Ce procédé, si séduisant à première vue, est malheureusement impuissant le plus souvent, quand le bassin est peu spacieux, relativement au volume du fœtus, quand le siège est fortement enclavé dans l'excavation.

L'observation de cas, où l'impuissance de ce moyen est restée évidente, est malheureusement trop fréquente; ce qui le prouve, ce sont les efforts tentés pour remplacer ce manuel opératoire.

D'ailleurs l'innocuité de ce procédé pourrait être discutée presque autant que celle des autres, dont nous parlerons dans quelques instants, car s'il était donné au doigt d'avoir une puissance assez grande pour agir avec autant d'énergie que le crochet lui-même, ses effets seraient sans doute les mêmes.

Nous réserverons donc l'usage du doigt en crochet dans l'aine du fœtus comme un procédé bénin, que l'on pourra toujours tenter, qui rendra des services dans les cas de dystocie peu marquée, et nous passerons de suite aux autres procédés.

**B. — Crochet.**

Par ordre chronologique, depuis la plus haute antiquité, nous trouvons que les accoucheurs cherchèrent à remplacer leur doigt impuissant par un doigt d'une rigidité absolue sur lequel ils pussent tirer de toutes leurs forces.

Le crochet au lieu d'être mousse fut d'abord aigu, et servit à l'extraction du fœtus, avec dilacération de ce dernier.

Cet instrument fait encore partie de l'arsenal de chirurgie obstétricale moderne.

L'usage du crochet mousse, comme devant remplacer le doigt passé dans le pli de l'aine du fœtus et impuissant à extraire ce dernier, se perd dans la nuit de l'histoire de l'obstétrique. Au sujet de cet instrument, tout ce que nous avons à dire, au point de vue de l'historique, ce sont les modifications qu'il a subies.

Le crochet le plus ordinairement employé de nos jours est celui qui termine du côté du manche les branches du forceps de Levret. Il est demi-circulaire et son extrémité mousse est terminée par une olive.

A côté de celui-là, que l'on a toujours sous la main, nous trouverons les crochets spéciaux construits suivant les indications des différents auteurs qui leur ont donné leur nom.

Nous voulons parler de ceux de Smellie, de Baudelocque, d'Ostertag, de Sander, d'Outrepont, etc.

Il serait trop long d'entrer dans la description minutieuse de chacun de ces instruments, réduits la plupart à jouer le rôle de curiosités archéologiques dans les arsenaux de chirurgie obstétricale.

Nous retiendrons, comme le fait, M. le Dr Grynfeldt (1), professeur-agrégé à Montpellier, le crochet angulaire de Burton, qui d'après M<sup>me</sup> Lachapelle doit faire avec la tige de support un angle un peu supérieur à 90°. Grâce à sa direction angulaire, le crochet de Burton, n'appuyant pas sur le corps du fœtus par l'extrémité seulement, paraît mettre relativement à l'abri des contusions et des divisions même que les autres instruments de ce genre peuvent produire sur le corps du fœtus, mais elle ne met point du tout en garde contre la fracture du fémur que l'on doit surtout redouter dans l'emploi de cet instrument,

L'étude du mécanisme de la traction par le crochet ou par le doigt jouant le rôle du crochet, fera facilement comprendre tous les risques que court le fémur du fœtus.

Prenant en considération première le peu de solidité relative du fémur fœtal, étudions l'action des forces appliquées sur le fœtus dans le but de le dégager dans le cas de présentation des fesses.

Si l'on tirait, pour l'extraction du fœtus engagé dans le bassin, suivant l'axe principal du fœtus au moyen du crochet dans le pli de l'aîne, l'articulation coxo-fémorale serait seule en jeu, et en vertu de la résistance et de l'élasticité des tissus de l'articulation, offrirait une somme de résistance supérieure à celle du fémur.

Tandis que cet os agissant comme levier du troisième genre, c'est-à-dire ayant le point d'appui à une extrémité (genou), la résistance à un autre (siège proprement dit) et la puissance représentée par le crochet sur une partie intermédiaire à ces deux points, est obligé d'avoir une force

(1) Dr Grynfeldt, professeur-agrégé. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 17 septembre 1881.

énorme pour résister à ces causes multiples qui l'amènent presque sûrement à se briser.

Dans le premier chapitre de ce travail, nous avons exposé combien cet instrument avait de partisans ; comment il rentrait encore dans les moyens employés de nos jours pour extraire le fœtus, et était par beaucoup d'auteurs mis avant le forceps.

Nous devons attribuer, sans doute, les causes de cette préférence à cette considération que les anciens forceps, moins bien construits que ceux de nos jours, inspiraient, grâce aux pressions exagérées qu'ils pouvaient produire sur le bassin du fœtus, une véritable terreur aux accoucheurs.

Le manuel opératoire, pour l'emploi du crochet-mousse, est décrit en peu de mots dans la plupart des auteurs.

« Lorsqu'on juge, dit Nœgelé, nécessaire de faire usage du crochet-mousse, on l'introduit sous la direction des doigts, et on l'applique sur le pli inguinal par l'un ou l'autre côté de la cuisse. Avant de tirer sur lui, on s'assure par le toucher, s'il est bien placé, c'est-à-dire si son extrémité mousse est libre. L'introduction et l'application convenable de cet instrument ne sont nullement faciles. »

Avant de citer les observations venant appuyer l'opinion qui nous fait considérer le crochet-mousse comme très dangereux, nous allons analyser quatre expériences faites avec cet instrument par M. le D<sup>r</sup> Olivier (1) et citées dans sa thèse pour le doctorat en médecine.

Qu'il nous soit permis de dire ici combien le travail consciencieux de M. Olivier nous a servi dans l'exécution du nôtre, quoique nous ne l'ayons eu à notre disposition que lorsque ce dernier était presque achevé.

(1) Olivier, De la conduite à tenir dans la présentation de l'ext. pelvienne décomplétée. Paris, 1882.

Les expériences de M. Olivier ont été faites avec le bassin en bronze de la Maternité de Paris, dans lequel l'auteur a fait placer et fixer un utérus factice en caoutchouc.

Dans la première expérience, un enfant est placé en position S. I. G. A. Les diamètres du siège sont :

|                            |    |         |
|----------------------------|----|---------|
| Antéro-postérieur.....     | 75 | millim. |
| Bis-iliaque.....           | 80 | —       |
| Bi-trochantérien . . . . . | 90 | —       |

Tentative d'extraction avec le crochet de M. Tarnier, fracture du fémur.

Dans la seconde expérience, l'enfant est placé en position S. I. D. P. ; son poids est de 2,930 gr.

*Diamètres du siège.*

|                             |    |         |
|-----------------------------|----|---------|
| Antéro-postérieur . . . . . | 74 | millim. |
| Bis-iliaque . . . . .       | 84 | —       |
| Bi-trochantérien . . . . .  | 90 | —       |

Extraction facile avec le crochet sans lésion pour l'enfant.

La troisième expérience est faite sur un enfant pesant 3,420 gr. Il est placé en position S. I. G. A. M. Olivier se sert du crochet angulaire de Burton.

*Diamètres du siège.*

|                            |     |         |
|----------------------------|-----|---------|
| Antéro-postérieur.....     | 91  | millim. |
| Bis-iliaque . . . . .      | 101 | —       |
| Bi-trochantérien . . . . . | 109 | —       |

Forte dépression au niveau des vaisseaux fémoraux ; à peu près au même niveau plaie comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, longue de deux centimètres.

Le sujet de la quatrième expérience est une fille du poids de 2,555 gr. qui est placée en position sacro-sacrée.

Les diamètres du siège sont :

|                        |            |
|------------------------|------------|
| Antéro-postérieur..... | 80 millim. |
| Bis-iliaque.....       | 77 —       |
| Bi-trochantérien.....  | 94 —       |

L'extraction est faite avec le crochet-mousse du forceps mais il se produit une fracture du fémur.

La conclusion des expériences de M. Olivier nous paraît être que toutes les fois qu'il s'est agi d'un fœtus à dimensions un peu fortes, le bassin restant le même, le crochet a produit des désordres graves.

Dans la seule expérience, en effet, où le fémur n'ait pas été fracturé, les dimensions des divers diamètres du siège étaient notablement inférieures aux dimensions du siège chez les autres sujets.

Dans cette expérience, M. Olivier n'indique pas du tout qu'il ait eu à faire de grands efforts pour extraire le fœtus, et nous serions presque tentés de croire que si son utérus élastique avait pu jouir de contractions, comme un utérus vivant, l'expulsion se serait faite sans besoin d'intervention aucune.

Comme complément aux expériences sur l'emploi du crochet dans les présentations pelviennes, et qui viennent en tous points confirmer les résultats négatifs obtenus ci-dessus, il nous aurait été facile de trouver des masses d'observations dans les auteurs qui ont écrit sur les sujets, ainsi que dans les journaux de médecine. Dans ces derniers elles sont tellement multipliées qu'il semble, que dès qu'un cas de ce genre se présente, il étonne à tel point le praticien, grâce à l'éducation scientifique qu'il a reçue, qu'immédiatement il le publie.

Nous nous contenterons de quelques-unes seulement.

OBSERVATION DU PROFESSEUR BELLUZZI. DE BOLOGNE.

(*Annales de Gynécologie*, 2<sup>me</sup> semestre 1882, pag. 47).

Je n'ai employé le crochet qu'une fois, il y a plusieurs années, pour l'extraction d'un fœtus, mort à la suite d'un travail prolongé. Voici le fait en quelques mots :

Le soir du 10 juillet 1868, vers dix heures, je suis appelé auprès d'une femme en travail depuis le matin ( 2<sup>me</sup> accouchement). Présentation du siège, contractions spasmodiques, fesses dans l'excavation fixées, fœtus très volumineux en première position, membres inférieurs relevés et appliqués sur le plan antérieur. Doubles battements du cœur assez faibles, à gauche au-dessous de l'ombilic. Saignée, lavement laudanisé pour calmer le spasme utérin, pas de résultat.

Dans l'intérêt de la femme, les doubles battements ne s'entendant plus, je me décide à une intervention, j'essaie d'atteindre les pieds pour les ramener dans le vagin, mais la contraction spasmodique de l'utérus ne me permet pas d'aller assez loin. Avec le doigt en crochet, j'embrasse le pli de l'aîne sans réussir à faire descendre les fesses; j'ai recours alors au crochet du forceps que je place dans l'aîne gauche et je fais descendre les fesses: bien que les tractions soient pratiquées dans la direction convenable et avec prudence, je perçois cependant un craquement qui m'indique une fracture du fémur. Après l'expulsion, je constate une fracture du fémur dans le tiers supérieur. Ce fait me démontra que la fracture du fémur, quand on se sert du crochet, se produit aisément. Selon moi, elle se produit surtout quand on doit faire les tractions dans un sens légèrement oblique à l'axe du fémur du fœtus, et est causée par le crochet du forceps.

OBSERVATION DU PROFESSEUR BELLUZZI.

(*Annales de Gynécologie*, 2<sup>e</sup> semestre 1882, page 50.)

J'ai observé des lésions très graves chez une petite fille reçue le 25 octobre 1878, à l'hospice des enfants trouvés, deux jours après sa naissance. Cette enfant pesait 3,540 gr. et présentait au pli de l'aîne gauche au niveau de la branche horizontale du pubis, une plaie en entonnoir, profonde, d'une odeur fétide, et, à la racine de la cuisse, une ecchymose très foncée. Cette ecchymose accompagnée de gonflement s'étendait à toute la fesse et aux parties génitales externes, la température dans ces régions était plus élevée.

L'examen de l'enfant était suffisant pour être assuré qu'il s'agissait d'un accouchement par les fesses, terminé par le crochet placé au pli de l'aîne; en fléchissant la cuisse sur le ventre, on pouvait s'assurer que l'ecchymose de la racine de la cuisse correspondait exactement à la plaie de la région inguinale. Les renseignements fournis par la sage-femme corroborèrent cette opinion.

La mère de cette enfant était une jeune femme de 20 ans, primipare, bien conformée; le travail avait été long; la sage-femme, appelée le 22 octobre au soir, les douleurs durant depuis la nuit précédente, reconnut, après la rupture de la poche des eaux, une présentation des fesses, et le lendemain matin l'extraction du fœtus fut faite par un médecin qui appliqua au pli de l'aîne le crochet de son forceps. Le fœtus étant en vie, un pansement fut appliqué au pli de l'aîne. Deux conditions défavorables s'étaient présentées: primiparité de la mère, grand développement du fœtus qui le troisième jour pesait 3,540 grammes.

Sous l'influence des pansements phéniqués, la plaie prit

bon aspect; mais la mobilité de la branche horizontale du pubis, la crépitation, rendaient manifeste une fracture de la branche horizontale du pubis.

L'enfant mort le 30 novembre, 38 jours après sa naissance, l'autopsie fut faite, le bassin disséqué et conservé dans l'alcool au Musée de la Maternité. L'ecchymose à la racine de la cuisse gauche persiste; par une incision comprenant toute l'épaisseur de la peau, on arrive sur les tissus sous-jacents qui sont blanchâtres. De la paroi abdominale on trouve l'orifice d'un trajet fistuleux qui traverse de haut en bas, de droite à gauche, toutes les parties molles pour se rendre dans une cavité située derrière le pubis. Cette cavité ouverte en deux points de sa paroi supérieure commence un peu en dehors de la symphyse pubienne et s'étend jusqu'à l'éminence iléo-pectinée; la paroi postérieure est en partie constituée par des tissus mous, en partie par du tissu osseux de nouvelle formation.

Les parois antérieure, inférieure et interne sont formées d'un tissu osseux, spongieux, de nouvelle formation; la paroi externe correspond à la paroi interne de l'acétabulum, rugueuse, déviée. Ainsi à la place de la branche horizontale du pubis se trouve une excavation osseuse qui empiète sur le trou obturateur. Cette excavation présente supérieurement deux orifices, l'un correspondant au trajet fistuleux décrit, l'autre plus petit est le résultat de la dissection. Par ces ouvertures on arrive sur un sequestre très mobile, dont la forme est celle de la portion horizontale du pubis. La néo-production osseuse ne se limite pas à la région pubienne; sur la face interne de l'os iliaque, on distingue facilement une lame rugueuse qui s'étend jusqu'à la symphyse sacro-iliaque droite, de même au-dessus de la cavité cotyloïde.

Un fait important à noter, c'est que, à la suite de ces lésions, fracture de la branche horizontale et compression en dedans,

qui ont amené une déviation de la symphyse, le bassin a pris la forme oblique ovulaire de Nœgelé. Si l'enfant avait vécu, d'autres caractères probablement seraient venus s'adjoindre, comme la synostose de l'articulation sacro-iliaque du côté comprimé.

Le diamètre oblique gauche est de 30 millim., le droit de 38; au détroit inférieur, la tubérosité de l'ischion gauche se trouve plus voisine du coccyx que l'autre. Le bord gauche du sacrum est plus rapproché de la branche descendante de l'ischion.

Les expériences de M. Olivier et les observations précédentes nous amènent forcément aux conclusions suivantes relativement à l'usage du crochet.

L'usage du crochet est toujours dangereux et pour la mère et pour l'enfant; dangereux pour la mère, car s'il vient à glisser brusquement dans un effort de traction, son extrémité pourra gravement blesser celle-ci. Dangereux pour l'enfant, tout ce qui précède le prouve d'une façon certaine.

Aussi, considérerons-nous cet instrument comme un pis-aller, et réserverons-nous son emploi pour certains cas de dystocie, prononcés à tel point qu'il ne reste plus qu'une seule indication à remplir: extraire de n'importe quelle façon le fœtus.

Nous terminerons ce qui a trait au crochet, en disant avec le professeur Belluzzi, de Bologne:

1° L'emploi du crochet placé au pli de l'aîne de l'enfant dans l'accouchement artificiel par les fesses est dangereux malgré toutes les précautions;

2° On doit craindre, outre les contusions et les plaies des parties molles, la fracture du fémur et celle de la branche horizontale du pubis;

3° Les déformations du bassin qui se rencontrent dans ces cas peuvent venir étayer la théorie de Fabbri sur l'étiologie du bassin oblique ovalaire.

**C. — Lacs.**

Au sujet du troisième procédé employé pour l'extraction du fœtus en présentation pelvienne décomplétée, M. le Dr Grynfeldt, professeur-agrégé de Montpellier, s'exprime ainsi: « Les lacs, dont les anciens accoucheurs faisaient un grand usage dans la présentation des fesses, doivent être au moins aussi difficiles à mettre en place, même avec les portelacs de M. Pajot et de M. Tarnier, que le crochet mousse, et ne paraissent pas, à mon avis, pouvoir donner de meilleurs résultats. »

D'un autre côté, on lit dans le traité pratique des accouchements de Nœgelé les lignes suivantes: « Anciennement on employait beaucoup, dans la présentation des fesses, un moyen qui de nos jours est presque complètement oublié, nous voulons parler des lacs qui sont évidemment beaucoup plus difficiles à placer que les crochets mousses, sans donner de résultats plus avantageux. »

Tout récemment Hecker (1) a élevé la voix en faveur des lacs; il a constaté que, dans certains cas, l'application des lacs sur la hanche antérieure du fœtus réussit sans trop de difficultés; il est vrai que d'autres fois toutes les tentatives sont infructueuses.

M. Olivier, dans le travail dont nous avons déjà parlé, n'a pas considéré au même point de vue que les auteurs précédents l'emploi des lacs, il n'a pas voulu voir en eux un procédé suranné ne méritant pas examen. Les expériences qu'il a faites l'ont amené aux conclusions suivantes:

(1) Hecker, *Klinik*, band II, 1864, p. 61.

Dans les positions antérieures, les lacs seront relativement inoffensifs surtout pour le fémur du fœtus; dans les positions postérieures, cet os sera au contraire très fortement exposé.

A l'appui de son dire, il fournit quelques expériences, dont voici en peu de mots la teneur.

Expérience I. — Enfant du poids de 3,055 gr.

*Position S. I. D. P. emploi des lacs.*

Diamètres du siège.

|                        |          |
|------------------------|----------|
| Antéro-postérieur..... | 80 mill. |
| Bis-iliaque.....       | 82 —     |
| Bi-trochantérien.....  | 94 —     |

Dépression circulaire assez profonde autour de la cuisse sans lésion de la peau. Rien au fémur.

Expérience II. — Enfant de 3,900 gr.

*Position S. I. D. P.*

Diamètres du siège.

|                        |          |
|------------------------|----------|
| Antéro-postérieur..... | 90 mill. |
| Bis-iliaque.....       | 103 —    |
| Bi-trochantérien.....  | 113 —    |

Organes abdominaux intacts. Dépression circulaire à la cuisse droite. Fracture à la partie moyenne du fémur.

Expérience III. — Garçon 2,735 gr.

*Position sacro-pubienne.*

Diamètres du siège.

|                        |          |
|------------------------|----------|
| Antéro-postérieur..... | 89 mill. |
| Bis-iliaque. . . . .   | 84 —     |
| Bi-trochantérien.....  | 97 —     |

Pas de fracture.

Expérience IV. — Fille 2,320 gr.

*Position sacro-pubienne*

**Diamètres du siège.**

|                            |          |
|----------------------------|----------|
| Antéro-postérieur. . . . . | 76 mill. |
| Bis-iliaque. . . . .       | 77 —     |
| Bi-trochantérien. . . . .  | 89 —     |

Dépression profonde à la cuisse, mais sans fracture.

Expérience V. — Garçon 3,300 gr.

*Position S. I. D. P.*

**Diamètres du siège**

|                            |          |
|----------------------------|----------|
| Antéro-postérieur. . . . . | 90 mill. |
| Bis-iliaque. . . . .       | 87 —     |
| Bi-trochantérien. . . . .  | 99 —     |

Dépression circulaire notable avec fracture dentelée du fémur et déchirure du périoste.

Expérience VI. — Fille, poids 3,015 gr.

*Position S. I. G. P.*

**Diamètres du siège.**

|                            |          |
|----------------------------|----------|
| Antéro-postérieur. . . . . | 74 mill. |
| Bis-iliaque. . . . .       | 90 —     |
| Bi-trochantérien. . . . .  | 98 —     |

Dépression assez marquée. Fémur fracturé à sa partie moyenne.

Enfin, dans deux autres expériences faites avec le même

enfant (Garçon du poids de 4,400 gr.), ayant les diamètres du siège suivants :

|                         |          |
|-------------------------|----------|
| Antéro-postérieur. .... | 86 mill. |
| Bis-iliaque . . . . .   | 97 —     |
| Bi-trochantérien. ....  | 116 —    |

1° En position sacro-pubienne, il n'y a pas eu de fracture ;

2° En position S. I. D. P, il y a eu fracture du fémur.

L'explication de ces résultats que donne M. Olivier, nous paraît excellente.

Dans les positions antérieures, c'est-à-dire lorsque le *sacrum* de l'enfant est en rapport avec l'éminence iléo-pectinée, droite ou gauche, ou avec la symphyse pubienne, les membres inférieurs relevés sur le plan antérieur du fœtus font, avec ce plan, lorsque la femme est couchée, un angle dont le sinus regarde en arrière, en sorte que le membre inférieur et antérieur est presque horizontal. Si donc, dans ces conditions, on porte un crochet mousse ou un lacs sur lui, on tirera suivant l'axe du pli de l'aîne et on ne déterminera pas une fracture du fémur, parce que la partie de cet os, le col, sur lequel porte toute la traction, en est la partie la plus résistante, contrairement à ce qui existe chez l'adulte et surtout chez le vieillard.

Dans les positions postérieures, au contraire, c'est-à-dire lorsque le sacrum de l'enfant est en rapport avec les symphyse sacro-iliaques droite ou gauche ou avec le sacrum maternel, les membres inférieurs forment avec le plan antérieur un angle dont le sinus regarde presque directement en haut. Cela n'est absolument vrai que quand l'engagement est profond. Dans ce dernier cas, le membre inférieur et antérieur relevé fait, avec le lacs appliqué sur le pli de l'aîne, un angle obtus ouvert en avant, mais dépassant à peine l'angle droit; en sorte que, pour peu que ce membre se défléchisse,

le lacs lui devient aussitôt perpendiculaire. Dans ces conditions, on comprend aisément pourquoi le fémur se casse.

Les raisons sont les mêmes que dans l'application du crochet-mousse.

M. Olivier s'est demandé si l'on ne pourrait pas empêcher la jambe de se défléchir et partant le bassin d'exécuter un mouvement de recul en appuyant sur le sacrum de l'enfant. Cette manœuvre nous paraît à la fois difficile et peu sûre, et M. Olivier reconnaît lui-même qu'on ne peut empêcher complètement la jambe de se défléchir. Malgré les expériences qu'il a faites, nous nous poserons toujours la question pour savoir si les mouvements actifs du fœtus et les contractions utérines ne viendraient pas infirmer cette opinion et prouver qu'il est bien difficile de maintenir le siège en avant, alors que les contractions utérines le refoulent en arrière et que le mouvement de bascule produit par les tractions avec les lacs tendent au même résultat.

Pour terminer avec l'emploi des lacs, nous dirons que leur usage présente sans doute sur celui du crochet l'avantage de ne pas léser les parties molles comme le fait souvent l'olive du crochet ; mais à côté de cela les dangers à faire courir au système osseux du fœtus restent les mêmes, et de plus le manuel opératoire de leur l'application nous paraît, quelques modifications qu'on lui ait fait subir, beaucoup plus difficile que celui du crochet mousse.

Aussi, puisque nous avons à notre disposition un autre procédé, qui paraît à nos yeux le meilleur de tous, nous ne nous attarderons pas davantage sur l'étude des lacs, en eux-mêmes et sur leur manuel opératoire ; nous tâcherons de suite d'étudier et de faire ressortir les avantages *du forceps* employé dans les cas de présentation pelvienne décomplétée (mode des fesses).

**D. — Forceps.**

Comme procédé d'extraction du fœtus arrêté dans l'excavation en présentation pelvienne décomplétée, nous avons encore à parler du forceps.

Sans doute cet instrument est entré bien tard dans la pratique de ce genre d'accouchements, mais ne devons-nous pas remarquer qu'il est de date peu ancienne par lui-même, et que les cas où, une intervention active de l'accoucheur est nécessaire, sont bien plus fréquents dans la présentation de la tête que dans celle du siège, pour cette raison excellente que le premier de ces genres est bien plus commun que le second.

Pour l'extraction de la tête fut construit le forceps par la famille de médecins anglais : les Chamberlen.

Il a fallu une certaine éducation à l'esprit des accoucheurs pour qu'ils vinssent à penser à son application sur le siège; encore, dit-on, le hasard se chargea de ce soin dans les mains de Levret.

Les raisons qui faisaient rejeter le forceps pour l'extraction du siège, nous les avons en partie exposées en faisant l'historique de la question. C'est sûrement grâce à l'imperfection relative des premiers forceps construits, que cet instrument dut sa condamnation première. C'est sans doute aussi au mode de s'en servir, et plutôt sur la théorie que sur la pratique, que d'éminents accoucheurs comme les Baudelocque, les Lachapelle se basèrent pour condamner le forceps dans la présentation pelvienne.

Cet instrument, dans ce cas, s'adressant à une portion du fœtus moins résistante que sa tête, devait nécessairement léser par sa compression les parties comprises entre ses deux

euillers; et s'il ne lésait rien, sa prise sur le siège devait être impuissante pour attirer le fœtus au dehors.

L'opinion de Levret et de quelques auteurs ne put contrebalancer les doctrines de Baudelocque. Les expériences de Jacquemier et de Ballochi sont venues démontrer le peu de fondement des assertions de ceux qui rejetaient l'usage du forceps; il n'en est pas moins vrai, comme nous le disions en commençant, que l'emploi de cet instrument n'est recommandé d'une façon formelle par aucun auteur. Tous les plus récents, en lui reconnaissant bien des avantages, parlent de son emploi dans la présentation pelvienne avec une réserve inexplicable.

M. le professeur Tarnier n'ose pour ainsi dire pas proposer en principe l'usage de cet instrument dans le cas qui nous occupe.

Au début de ce travail, nous avons retracé avec les propres expressions de ce professeur tout ce qu'il reproche au forceps.

C'est M. Tarnier qui nous dit que Stoltz et P. Dubois ont eu quelquefois recours au forceps et ont pu comme lui-même amener l'enfant vivant. Pourquoi, après ça, trouvons-nous les mots suivants? «Quand le fœtus est mort, il n'y a aucun inconvénient à appliquer le forceps sur l'extrémité pelvienne; sur ce point tout le monde est d'accord, *mais quand le fœtus est vivant les opinions divergent.*»

A côté de cette seconde proposition, nous trouvons bien le manuel opératoire de l'application du forceps dans ce cas, mais nullement un conseil franchement donné au sujet de son usage.

OBSERVATION DE M. LE PROFESSEUR TARNIER (1).

Présentation des fesses. — Insuccès du crochet mousse qui casse le fémur et n'amène pas l'enfant. — Succès du forceps.

Primipare, à terme, un travail depuis 16 heures; seconde position du siège, membres inférieurs relevés sur le plan antérieur du fœtus. Malgré de bonnes douleurs, six heures après la rupture de la poche des eaux, siège arrêté par le périnée, offrant une résistance insolite.

Impossibilité de saisir le pli de l'aîne avec les doigts; plusieurs tentatives infructueuses dans ce sens. — Crochet mousse passé sans trop de peine au-dessus de l'aîne droite.

Premières tractions sans effet. Au bout de un quart d'heure, au moment du dernier effort, craquement annonçant une fracture du fémur.

Alors application du forceps, avec la précaution de presser très peu sur les manches.

A la première tentative de traction, glissement; à la seconde tentative, extraction facile. « L'enfant était mort, la peau *ne présentait aucune lésion, le bassin n'était pas fracturé.* »

Ici trouverait sa place toute marquée une observation personnelle. Malheureusement, il ne nous a pas été donné d'observer nous-même un cas d'accouchement par le siège nécessitant une intervention active. Ce qui nous a porté à tâcher de nous faire une conviction sur la conduite à tenir dans un cas d'intervention pour une présentation pelvienne, c'est, d'un côté, l'indécision des auteurs sur ce sujet,

(1) Tarnier, Lenoir et Sée. Atlas complément. de tous les traités d'accouchement, Paris 1865, p. 256. Analyse de M. Grynfeldt.

de l'autre le soin apporté par tous les accoucheurs à publier les cas de ce genre.

A la suite de l'observation de M. le professeur Tarnier, nous inscrirons une observation de M. le D<sup>r</sup> Grynfeldt, professeur-agrégé à Montpellier, parue dans la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales* de cette ville (1).

Cette observation nous prouvera une fois de plus tous les dangers du crochet, en même temps que son impuissance dans certains cas, tout en faisant ressortir les avantages du forceps.

OBSERVATION DE M. GRYNFELTT, PROFESSEUR-AGRÉGÉ A MONTPELLIER.

Présentation des fesses. — Le crochet mousse dilacère les parties molles du pli de l'aine et laisse les vaisseaux uraux.

Au mois de mars 1878, vers 10 heures du soir, mon confrère et ami, le D<sup>r</sup>..... vient me prier de l'accompagner chez M<sup>me</sup>....., rue de la Merci, pour l'aider à terminer un accouchement en présentation podalique, dont il ne peut venir à bout, même avec le concours d'un de mes collègues de la faculté.

La parturiente est une femme forte, vigoureuse, puissamment musclée et surchargée d'embonpoint. Elle est mère d'un enfant de 13 ou 14 ans dont elle a accouché sans trop de peine. Mais trois ans avant l'accouchement en cours d'évolution, elle avait dû être délivrée au forceps du produit d'une seconde grossesse.

(1) *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Montpellier, 10 septembre 1881.

Elle est à terme et en travail depuis la veille. La poche amniotique est rompue depuis l'après-midi. — Première position du siège sans les pieds. Les contractions, jusque vers huit heures du soir, ont été vives et soutenues. Les efforts de la parturiente n'ont pas été moindres. Le siège occupe le haut de l'excavation; mais il n'avance pas et la femme est très fatiguée.

Les tentatives faites avec le doigt par mon confrère sur l'un et l'autre des plis inguinaux du fœtus pour opérer l'extraction sont absolument vaines. — Il s'adjoint alors un de mes collègues de la Faculté qui n'est pas plus heureux, et, qui, en fin de compte, se décide à appliquer sur l'aîne gauche (antérieure dans l'espèce) du fœtus le crochet mousse dont se trouve pourvu le manche des branches de son forceps. — Encore peine perdue, et sensation, pendant un effort de traction, d'un déchirement produit par l'instrument sur les tissus que comprimait l'olive terminale. — C'est alors que je suis appelé. Il s'agit bien, en effet, d'une première position du siège décomplétée (variété des fesses seules), les membres inférieurs du fœtus étant relevés sur la face antérieure du tronc. Le toucher me permet de constater, sans que je puisse pourtant préciser la nature de la lésion, la déchirure produite par le crochet mousse dans le pli inguinal. Les bruits cardiaques fœtaux ont cessé. — Me rappelant alors la conduite de Paul Dubois en pareille occurrence, je n'hésite pas à appliquer le forceps sur le siège. — Cette application est on ne peut plus facile, et l'extraction des fesses, quoique un peu pénible, est opérée sans que l'instrument lâche prise et sans occasionner de fracture pelvienne sur le fœtus. La tête ne passe pas avec la même facilité, il nous faut exercer des tractions assez énergiques convenablement dirigées pour l'amener au dehors. — L'enfant est d'ailleurs d'une grosseur peu commune, bien au-dessus de la moyenne. — Le pli de

l'aine gauche est déchiré obliquement dans une étendue de près de 3 centimètres ; la veine crurale est ouverte.

Les suites de couches ne furent troublées que par une rétention d'urine de quelques jours et un certain degré d'inflammation locale de la vulve et de l'entrée du vagin, dont quelques lavages antiseptiques eurent promptement raison. — Avant un mois, cette accouchée était complètement rétablie.

Suivent une observation de M. le D<sup>r</sup> Chalot, professeur-agrégé à Montpellier, et une observation de M. le D<sup>r</sup> A. Guichard, chirurgien à la Maternité d'Angers.

Dans toutes les deux, nous verrons le forceps conduire au même résultat, heureux pour la mère et pour l'enfant.

#### UTILITÉ DU FORCEPS DANS UN CAS DE PRÉSENTATION PELVIENNE.

(Observation de M. Chalot, professeur-agrégé).

Le 13 avril 1880, dans la matinée, je fus appelé auprès de Madame P., qui était en travail depuis 4 jours. Elle était primipare, âgée de 25 ans; de tempérament lymphatique, d'embonpoint moyen, sans difformité aucune des membres et du rachis. Menstruée depuis l'âge de 14 ans d'une façon régulière, mais peu abondamment et toujours avec des douleurs rénales assez intenses qui l'obligeaient par fois à rester couchée pendant 48 heures; elle s'était mariée en janvier 1879. La grossesse avait été bonne et était arrivée à terme. Les douleurs avaient apparu le 9 avril, mais se faisaient sentir uniquement dans la région rénale. Ces douleurs qui ont persisté dans le même point pendant trois jours, étaient atroces. La poche des eaux formant boudin, au dire de la

sage-femme qui assistait la parturiente, s'était rompue spontanément de 2 à 4 heures du soir.

A mon arrivée, la parturiente était très fatiguée et s'inquiétait beaucoup de voir que l'accouchement ne s'était pas encore fait.

Face pâle, yeux ternes, langue recouverte d'un enduit blanchâtre, soif vive, céphalalgie. Pas de frisson ni de fièvre. Pouls faible à 82°. — Au moyen du palper abdominal, il me fut facile de reconnaître que la tête était en haut et à droite, et le dos tourné à gauche et en avant.

Les battements cardiaques du fœtus étaient très distincts et réguliers. Par le toucher vaginal, je trouvai le col ouvert, l'orifice avait les dimensions d'un écu de 5 francs tout au plus. La poche des eaux était bien rompue, et j'arrivais à travers le col, non plus sur un plan uniforme et résistant comme celui de l'ovoïde crânien, mais sur une masse molle et épaisse, qui n'était évidemment autre que la fesse gauche; je diagnostiquai sans peine une présentation S. I. G. A.

Je fis prendre une potion cordiale, du café, du rhum, pour réveiller les forces de la parturiente et jugeais qu'il fallait pour le moment se borner à l'expectation, le col n'étant pas assez dilaté et les battements fœtaux n'offrant encore rien d'inquiétant.

Le 14 avril au matin, la situation était autrement grave; pas d'engagement des parties fœtales, écoulement de méconium, faiblesse et espacement considérable des contractions utérines sans compter que la parturiente se trouvait à bout de forces. Je m'efforçais de faire comprendre au mari qu'il fallait agir le plus tôt possible, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant, mais le mari, homme entêté et peu intelligent, ne voulut rien entendre, et préféra qu'on attendit encore. Je fis de mon mieux pour ranimer la parturiente, pour relever les contractions utérines.

A deux heures de l'après-midi, je trouvai la parturiente dans un état des plus alarmants. Hoquet, météorisme, pouls petit et rapide, sueur froide sur le front, fièvre, odeur putride des liquides qui s'écoulaient du vagin. Les fesses s'étaient bien engagées dans le bassin, mais les contractions utérines étaient complètement arrêtées, il y avait inertie absolue. Quant à l'enfant, on ne percevait plus aucun battement cardiaque, et il était sûrement mort depuis quelques heures. Je réussis enfin à faire comprendre au mari la nécessité où je me trouvais d'intervenir le plus tôt possible, non plus pour sauver l'enfant, mais pour sauver la mère. Assisté de mon excellent confrère et ami M. le Dr Bourdel, j'eus recours au forceps comme moyen de terminer rapidement l'accouchement. L'application des cuillers sur les trochanters droit et gauche fut facile et par des tractions soutenues, dirigées en bas et en arrière, j'arrivai sans peine à faire descendre le podex jusqu'à la vulve, les membres inférieurs étant relevés au devant du tronc. Je dégageai les deux membres et terminai l'accouchement en quelques instants sans la moindre difficulté. L'enfant était du sexe féminin. Elle pesait 3 kilogr. et demi et était bien conformée. Elle portait des taches ecchymotiques aux paupières, à la poitrine, au cou, à la face. On ne remarquait aucune fracture produite par l'application du forceps. La délivrance eut lieu sans accident quinze minutes après.

Les suites de couches furent normales, à part une rétention d'urine pour laquelle je fus obligé de sonder l'accouchée pendant 4 à 5 jours. Le 23 avril, l'accouchée était bien rétablie et quittait le lit.

PRÉSENTATION DU SIÈGE (VARIÉTÉ DES FESSES). — APPLICATION DU  
FORCEPS; SUCCÈS POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT.

(Dr Ambroise Guichard, chirurgien à la Maternité d'Angers) (1)

M<sup>me</sup> L..., 55 ans, primipare, a vu ses dernières règles au mois d'août 1881; à part un peu d'insomnie et des douleurs dans le ventre, la grossesse ne présente rien d'anormal à noter.

4 mai 1882. — A 3 heures du matin, se produit la rupture spontanée des membranes avec écoulement d'une grande quantité de liquide amniotique. — Dans la journée, contractions à intervalles assez éloignés. A 7 heures du soir, une sage-femme appelée près de la malade, ne constate pas de dilatation, mais à partir de ce moment, les contractions sont plus rapprochées et la sage-femme reste près de la parturiente.

5 mai. — A trois heures et demie du matin, la dilatation du col est complète; les contractions sont très douloureuses, continues, énergiques, sans que pour cela la partie qui se présente descende; la sage-femme reconnaît le siège, il commence à y avoir issue de méconium.

A sept heures, je suis appelé près de la malade et procède à l'examen.

A la palpation: tête en haut et à droite, dans la fosse iliaque droite.

A l'auscultation: maximum des battements du cœur, au dessus de l'ombilic, en haut, à gauche et en dehors.

Au toucher: dilatation complète du col dont les bords sont complètement effacés, et disparaissent avec le pourtour de

(1) *Revue de Gynécologie*, 1882, t. xviii, p. 225.

l'excavation. On sent très facilement les deux fesses, séparées par le sillon interfessier ; le doigt pénètre dans l'anus, la pointe du coccyx regarde à droite et un peu en arrière, en avant du sillon interfessier, parties molles, gonflées, dépendant des parties génitales, dont il est difficile d'apprécier le sexe.

Les deux fesses sont à peu près dans le même plan, et ce plan passerait par la partie moyenne de la symphyse pubienne et l'articulation de la troisième vertèbre sacrée ; la partie postérieure du sacrum est en rapport avec la cavité cotyloïde gauche, tandis que la partie antérieure regarde à droite et un peu en arrière. L'extrémité pelvienne présente dans son ensemble la forme d'un coin à base supérieure ; avec l'indicateur gauche, on a la sensation du vide à droite et en arrière ; et en le portant assez haut, on n'atteint pas les pieds, les cuisses paraissent entièrement accolées et fléchies au devant du bassin.

En résumé, c'est bien le siège qui se présente, les deux fesses sont sur le même plan à la partie supérieure de l'excavation, les membres inférieurs ne sont pas pelotonnés au devant du bassin, ils sont relevés au devant du plan antérieur du fœtus ; ils forment attelles, suivant la juste expression du professeur Tarnier, et empêchent l'engagement des fesses.

Les contractions utérines se succèdent à de très courts intervalles, toutes les 3 ou 4 minutes, elles sont énergiques ; la femme est nerveuse, agacée, se plaint de douleurs dans les cuisses, ne sait quelle position prendre dans son lit et réclame qu'on la soulage.

Nous la maintenons en observation pendant trois quarts d'heure et nous ne constatons par le toucher aucun progrès ; nous jugeons alors utile d'intervenir, en faisant, sur le siège, une application de forceps.

*Intervention.* — Nous avons affaire à une présentation des fesses en S. I. G. A.; et, comme nous l'avons déjà dit, les fesses sont à la partie supérieure de l'excavation reposant sur un plan qui passerait en avant par le milieu de la symphyse pubienne et en arrière vers l'articulation de la deuxième vertèbre sacrée.

L'introduction des branches, branche gauche la première, ne présente aucune difficulté; l'articulation se fait facilement, j'attends les contractions utérines pour faire des tractions lentes, progressives, intermittentes, en ayant soin de laisser les branches desserrées dans l'intervalle.

Après un quart d'heure environ de tractions dirigées directement en bas, le siège descend, bien saisi par les branches, qui n'ont glissé dans aucun moment; la fesse gauche apparaît au dessous de l'arcade pubienne, tandis que la droite est plus remontée en arrière; elle descend et apparaît à la vulve, le périnée bombe; les douleurs portent sur l'anus, les contractions se rapprochent et redoublent, l'on voit, entre elles, le siège remonter dans le vagin, disparaître et redescendre à la contraction suivante.

Quand le pli interfessier apparaît à la vulve, nous jugeons convenable de désarticuler et de retirer séparément les branches du forceps, afin de laisser le travail se terminer par les seules forces de la nature. Il m'est facile d'introduire l'indicateur droit dans l'aîne gauche du fœtus, afin de suivre le mouvement de l'expulsion.

Enfin le siège se dégage, on voit apparaître à la vulve la fesse gauche, le pli interfessier, les organes génitaux, la fesse droite.

Le siège est soutenu; j'attire doucement le tronc pendant que la main d'un aide est fortement appliquée sur le fond de l'utérus; le dos tourné en avant et à gauche. Les membres

inférieurs sont effectivement relevés au-devant du plan antérieur, et les pieds ne se montrent à la fourchette que lorsque les épaules sortent à la vulve; encore faut-il avec les doigts dégager les talons.

Le tronc et les membres sont enveloppés dans une serviette; le cordon n'est pas tirillé; je vais rechercher la situation des bras que je trouve tous les deux relevés derrière la tête; chaque bras est ramené successivement avec deux doigts en avant dans le vagin; puis le tronc étant porté sur le bras gauche, j'introduis deux doigt dans la bouche pendant que deux doigts de la main droite sont placés sur le cou en arrière de la symphyse pubienne; et relevant dos contre ventre, je fais exécuter à la tête son mouvement de dégagement autour du pubis.

L'enfant du sexe masculin, de volume normal (n'a pas été pesé), sort un peu violacé; il fait immédiatement quelques mouvements d'inspiration et, après quelques instants, jette son premier cri. La coloration violacée disparaît rapidement, et j'attends que la respiration soit bien établie pour faire la ligature du cordon. Le délivrance se fait facilement sans rien présenter d'anormal.

Les suites des couches se comportèrent de la façon la plus simple pour la mère.

L'enfant ne présente qu'une excoriation légère et superficielle de l'épiderme au milieu et au-dessus de la crête iliaque gauche; le forceps n'a déterminé aucune contusion; le bassin était bien saisi par les cuillers du forceps au-dessus des crêtes iliaques; l'enfant fut envoyé en nourrice; huit jours après, il était très bien portant.

L'application du forceps avait duré trois-quarts d'heure environ.

Dès à présent nous nous croirions presque en droit de

conclure à l'usage du forceps et nous devrions accepter l'opinion de M. le D<sup>r</sup> Guichard qui dit à la suite de l'observation précédente: «L'application du forceps sur le siège ne détermine aucune lésion du fœtus et elle est un des meilleurs moyens de produire l'engagement du siège, lorsque le travail se prolonge pour la mère et pour l'enfant.»

Telles sont aussi les conclusions de M. le D<sup>r</sup> Chalot (1).

Le précepte classique qui interdit l'application du forceps sur une partie autre que la tête est certainement trop absolu. S'en tenir à l'observation rigoureuse de ce précepte, c'est se priver d'un puissant auxiliaire, toutes les fois notamment que le podex est engagé dans l'excavation pelvienne, que les contractions utérines sont suffisantes ou que le muscle utérin est totalement épuisé.

Continuant ses conclusions, M. le D<sup>r</sup> Chalot dit que ce qu'il faut principalement incriminer ce n'est pas seulement l'emploi du forceps dans la présentation pelvienne, c'est aussi sa forme uniquement appropriée à celle de la tête du fœtus; il reconnaît cependant que tel qu'il est il rend des services signalés.

À ces remarques si judicieuses, nous ajouterons une autre considération relative à son mode d'application.

Les divers forceps et leurs différents modes d'application sur l'extrémité pelvienne ont été soigneusement étudiés par M. le D<sup>r</sup> Olivier.

Nous allons analyser sommairement ce travail et constater avec cet auteur que les nombreuses expériences qu'il a faites avec le forceps de M. le professeur Tarnier, sont toutes concluantes en faveur de cet instrument. Cet instrument à courbure pelvienne assez prononcée, pareille du reste à la courbure du forceps de Levret, permet de saisir l'enfant

(1) Chalot, professeur-agrégé, Montpellier. *Gazette hebdom.*, 1882, p. 181.

d'une façon complète, *si on l'applique sur les membres inférieurs relevés*. En plus, le forceps de M. le professeur Tarnier réunissant toutes les conditions si appréciées pour l'extraction de la tête, conserve ses mêmes avantages pour celle du siège.

La vis de pression, dont sont munis ses manches permettant d'arrêter d'une façon précise le degré de compression produite par les cuillers, rend encore cet instrument très précieux. Au point de vue pratique, le plus grand reproche à lui faire serait son volume encombrant.

Les raisons qui ont porté M. le D<sup>r</sup> Olivier à prôner l'application du forceps sur les membres inférieurs, au lieu de la faire sur le bassin lui-même, sont les suivantes :

Considéré en présentation pelvienne décomplétée (mode des fesses), l'enfant représente une double figure géométrique.

Ce sont deux cônes irréguliers.

L'un a son sommet à l'anus et sa base passant par le rebord de la crête iliaque. L'autre au contraire a sa base sur la ligne bi-trochantérienne et son sommet se confond avec les pieds de l'enfant.

Dans la présentation qui nous occupe, il est facile de comprendre qu'une application faite sur le tronc présentera toujours peu de prise aux cuillers du forceps. Sans doute par les efforts de traction, l'extrémité des cuillers viendra saisir le bord de la crête iliaque, mais comme le prouvent les expériences de M. Olivier, cette crête très mobile, grâce au peu de rigidité des ligaments sacro-iliaques, se laissera facilement déprimer ; le diamètre bi-iliaque ira en décroissant, pouvant présenter une diminution de plus de 20 millimètres, et à moins que l'enclavement soit peu sérieux, le forceps glissera.

Sa prise se fera dans ces conditions sur la surface externe d'un cône renversé, allant par conséquent en dimi-

nuant, cône dont nous avons parlé qui a sa base aux épines iliaques et son sommet à l'anüs.

On peut certainement serrer davantage les cuillers du forceps, nous avons dit combien avaient été exagérés les dangers d'une pareille manœuvre.

Toutefois malgré la première de ces raisons, et contrairement à l'opinion du D<sup>r</sup> Olivier, nous conserverons l'application sur le bassin pour les cas de position postérieure ; nous en dirons la raison dans un instant.

Le procédé de M. Olivier est plus sûr sans doute au point de vue de la solidité de la prise.

Voici en quelques mots et la description et le mode d'action de ce procédé.

On applique le forceps sur la face externe des cuisses de l'enfant, de façon à comprendre entre le maximum d'écartement des cuillers le diamètre bi-trochantérien.

La démonstration de la puissance qu'une telle prise donne au forceps nous paraît évidente.

L'espace compris entre la concavité des cuillers du forceps considérée du niveau où elle atteint son maximum jusqu'à l'extrémité des cuillers, peut être regardé comme un cône tronqué dont le sommet est à l'extrémité des cuillers.

D'un autre côté, comme nous le disions plus haut, les jambes de l'enfant relevées représentent elles aussi un cône ayant sa base aux trochanters.

Le résultat de l'application du forceps dans ces conditions est d'encapuchonner un cône par un tronc de cône ouvert à ses deux extrémités, l'un et l'autre ayant base commune.

La traction se faisant dans le sens de cette base, sur le tronc de cône extérieur, pour que le forceps pût dérapper, il faudrait que la base du cône passât par l'ouverture supérieure du tronc de cône, ce qui est matériellement impossible.

Déduirons-nous de ce qui précède que l'application du

forceps sur le bassin doive être complètement rejetée, pour laisser la préférence à l'application sur les membres inférieurs?

Certainement non! Pour les positions postérieures nous ne partagerons pas l'opinion de M. Olivier, quand il dit, que lorsque le fœtus occupe des positions postérieures S. I. D. P., S. I. G. P. ou sacro-sacée, les cuillers s'appliquent exactement sur les membres inférieurs, relevés et accolés; que le diamètre bitrochantérien est bien saisi; que la cuiller se moule sur la face externe de la cuisse et ne dépasse ni en avant ni en arrière les parties molles et ne peut les léser.

Nous sommes profondément convaincu que, dans le sens longitudinal, les cuisses ne peuvent échapper à cet étau que forment les cuillers. En est-il de même dans le sens transversal?

A cause précisément de la courbure pelvienne, les cuillers ne peuvent-elles pas tourner autour de la cuisse, venir se placer derrière elles au-devant de l'abdomen de l'enfant, et dans cette situation agir comme un double crochet porté aux deux aines. Partant, présenter tous les inconvénients ou à peu près de ce dernier?

Nous croyons fortement à la possibilité de ce fait.

On pourrait sans doute nous objecter que dans les positions antérieures, ce mouvement de rotation pourrait de même se produire, nous l'accordons; mais ici, le danger pour l'enfant disparaît, puisqu'alors les cuillers glissant derrière lui et ne trouvant que le vide ne peuvent produire aucun désordre. On serait quitte pour une nouvelle application si cet incident se produisait.

A ces motifs, nous engageant à conserver l'application du forceps sur le bassin du fœtus dans les positions postérieures, nous devons en ajouter un autre, pris dans l'observation même de ce que fait la nature dans l'accouchement naturel par le siège.

Nous avons dit plus haut comment le podex poussé par la colonne vertébrale venait butter dans la concavité du sacrum, ou dans la gouttière périnéale et n'arrivait à sortir que grâce à un mouvement de flexion amenant la partie postérieure de l'enfant la première au dehors.

Nous sommes convaincu que l'extraction se fera bien plus facilement si c'est la portion postérieure de l'enfant qui est bien saisie et attirée, ce sera donc le siège que l'on devra saisir dans les positions S. I. D. P., S. I. G. P., et S. S. puisque c'est lui qui est en arrière.

Ce seront les cuisses au contraire que l'on prendra dans les positions S. I. D. A., S. I. G. A. et sacro-pubienne, ce sont elles en effet qui doivent se dégager les premières.

Le manuel opératoire de l'application du forceps sur le siège varie suivant les positions, et est le même que pour les diverses positions de la tête.

Il reste entendu que dans les positions postérieures, on tâchera de saisir entre les cuillers, le diamètre bi-iliaque, tandis que ce sera le diamètre bi-trochantérien que l'on prendra dans les positions antérieures.

Les préceptes généraux à toutes les applications du forceps sur le podex restent les mêmes que pour les applications sur le vertex: Position à donner à la femme, préparation de l'instrument, vérification après la pose de l'instrument de la situation des cuillers, serrement de la vis de pression, articulation des branches, fixation du tracteur, etc.

---

## CONCLUSIONS

Le forceps est le seul instrument qui nous paraisse présenter le plus de sécurité pour la mère et pour l'enfant, dans les cas de présentation pelvienne décomplétée, mode des fesses.

Plus puissant que le doigt, il ne fracture pas le fémur et ne blesse pas les parties molles, comme le font le plus souvent le crochet mousse ou les lacs portés au pli de l'aîne; son application est plus facile que celle de ces derniers.

Nous considérons l'usage du crochet mousse et des lacs comme des pis-aller; ils ne doivent servir que dans les cas extrêmes ou aucun autre moyen n'a réussi et où il faut absolument délivrer la mère, même en faisant courir les plus grands risques à l'enfant.

*L'application du forceps se fera sur le bassin de l'enfant dans les présentations sacro-postérieures et sur les cuisses dans les présentations sacro-antérieures.*

On choisira de préférence cet instrument muni d'un moyen de fixation des branches pour éviter une trop grande compression pendant les tractions.

Les tractions seront faites avec mesure et douceur; elles coïncideront le plus possible avec les contractions utérines.

FIN.

Vu bon à imprimer :

*Le Doyen,*  
J. BENOIT.

Permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie,*  
Correspondant de l'Institut,  
G. CHANCEL.

Vu :

*Le Président censeur,*  
DUMAS.



---

## QUESTIONS TIRÉES AU SORT

*Auxquelles le Candidat doit répondre verbalement  
en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.*

---

### ***Chimie Médicale et Pharmacie.***

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

### ***Physique Médicale.***

Des phénomènes d'endosmose chez les êtres vivants.

### ***Botanique et Histoire Naturelle Médicale.***

Exposer la structure de la sangsue. De l'ergot de seigle.

### ***Anatomie.***

Du système porte.

### ***Anatomie pathologique et Histologie.***

De la gangrène, au point de vue de l'anatomie pathologique.

### ***Physiologie.***

De la lymphe et de ses fonctions.

***Pathologie et thérapeutique générales***

L'intoxication palustre est-elle la cause *sine quâ non* des affections morbides à quinquina ?

***Pathologie Médicale ou Interne.***

De l'encéphalite et de son traitement.

***Pathologie Chirurgicale ou Externe***

Des abcès métastatiques.

***Thérapeutique et Matière Médicale.***

Des préparations antimoniales.

***Opérations et Appareils.***

De la désarticulation du coude.

***Médecine légale et toxicologie.***

De l'empoisonnement par les champignons.

***Hygiène.***

Des moyens propres à vulgariser les notions d'hygiène.

***Accouchements.***

De la délivrance.

***Clinique Interne.***

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

***Clinique Externe.***

De la fièvre traumatique.

***Clinique des maladies mentales et nerveuses.***

De la lypémanie suicidique.

***Titre de la Thèse à soutenir.***

De l'intervention obstétricale dans la présentation du siège décomplétée (mode des fesses) après l'engagement.

## SERMENT.

---

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

---

